

Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان

Mojgan Sarafi1 (Corresponding Author)

Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology,
Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University,
Khomeini Shahr, Iran

mozhgansarfi9@gmail.com

Hossein Rahimi Kalishadi

Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology,
Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University,
Khomeini Shahr, Iran

Zeinab Nazemi

Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology,
Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University,
Khomeini Shahr, Iran

Fahimeh Ardeshiri Lordjani

Assistant Professor, Department of Psychology,
Faculty of Humanities, Khomeini Shahr Branch,
Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran.

مژگان صرافی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد خمینی
شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

حسین رحیمی کلیشادی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد خمینی
شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

زینب ناظمی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد خمینی
شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

فهیمة اردشیری لردجانی

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر،
دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

Abstract

Aim and Background: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive behavioral stress management training on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery .**Methods and Materials:** The present study employed a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all individuals undergoing general surgery in Isfahan (Gharazi Hospital, Shariati, Al-Zahra). The sample consisted of 40 men and women requiring surgery, who were selected purposefully and then randomly assigned to two groups of 20 people (experimental and control). The cognitive behavioral stress management training program, based on the practical guide (Anthony et al., 2007), was delivered to the experimental group during 12 ninety-minute sessions. The research measurement tool was the McGill Pain Questionnaire (Melzak, 1997). **Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) were used for data analysis .Findings:** The results showed that cognitive behavioral stress management training significantly reduced the components of perceived pain in patients before surgery in the experimental group compared to the control group ($F: 511.92$ and $P<0.01$). **Conclusions:** Therefore, it can be concluded that cognitive behavioral stress management training is an effective intervention for reducing the intensity and dimensions of perceived pain in patients undergoing surgery

Keywords: Cognitive behavioral stress management training, perceived pain intensity

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران قبل از عمل جراحی بود. روش ها و مواد: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد تحت عمل جراحی عمومی در اصفهان (بیمارستان غرضی، شریعتی، الزهرا) بود. نمونه شامل ۴۰ نفر زن و مرد نیازمند عمل جراحی بود که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. برنامه آموزشی مدیریت استرس شناختی رفتاری، بر اساس راهنمای عملی (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷)، طی ۱۲ جلسه نود دقیقه ای به گروه آزمایش ارائه شد. ابزار اندازه گیری پژوهش، پرسشنامه درد مک گیل (ملزاک، ۱۹۹۷) بود. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، مؤلفه های درد ادراک شده را در بیماران قبل از عمل جراحی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش داده است ($F: 511.92$ و $P<0.01$). نتیجه گیری: بنابراین، می توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، مداخله ای مؤثر برای کاهش شدت و ابعاد درد ادراک شده در بیماران تحت عمل جراحی است.

واژه های کلیدی: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، شدت درد ادراک شده

مقدمه

زندگی انسان همواره با انبوهی از مسائل و مشکلات توأم بوده است، اما چگونگی و نحوه ی رویارویی با این مشکلات در دوره های مختلف حیات انسان، متفاوت بوده است. راهکارها و روش های مقابله ای نیز که آدمی در برابر ناملایمات اتخاذ نموده، صور گوناگونی داشته است.

گاهی به طور ناهنجار با مسئله مواجه و بر آن فائق آمده است و نیز در زمانی دیگر به طور انفعالی تسلیم رخدادها و نا ملایمت ها شده و به انواع و اقسام اختلال ها و بیماری های روانی و جسمی دچار گردیده است. بیماری ها و اختلال ها، همیشه با علائم و نشانه هایی همراه می باشند. (گرینبام و همکاران، ۲۰۰۸).

بیماری های مزمن شایع و پر هزینه بوده و منجر به ناتوانی بسیار زیاد، در بسیاری از کشورها می شود. احساس درد، تجربه ای است که معمولی ترین علامت آسیب یا بیماری به شمار می آید و فرد بیمار را نیازمند سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی می نماید (هارد، ۲۰۱۸).

درد یک پدیده ی ساده ی محرک و پاسخ نیست، بلکه بروز درد و واکنش نسبت به آن، عوامل متعددی را شامل می شود که متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی را در بر می گیرد. اختلال ها ضعیف ترین و آسیب پذیرترین افراد را هدف قرار می دهند، ولی در عین حال قوی ترین افراد هم از گزند آن ها در امان نیستند. درد، جهان شمول ترین عارضه ای است که باید با آن مبارزه کرد. هیچ یک از علائم و نشانه های جسمانی به گستردگی درد نمی باشند. درد به عنوان یک تجربه ناخوشایند با دامنه های مختلف در زمینه های جسمانی، عاطفی، روان شناختی و رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می دهد و از کسب معلومات و چگونگی پردازش داده ها گرفته تا انگیزه ها و نگرش ها را متأثر می سازد و با مکانیسم های خاص خود توان رشد و بروز قابلیت ها و استعدادها را تحلیل می برد و بدین سان مانع ارتقاء و پیشرفت فرد می گردد. (امبروسیو و همکاران، ۲۰۲۱).

فشارهای ناشی از درد، شبکه گسترده و پیچیده ارتباط های بین فردی، مسائل هیجانی و مشکلات خانوادگی و اقتصادی بیماران را با چالش ها، استرس و فشارهای پرشماری رو به رو کرده است. از سوی دیگر، نبود مهارت ها و توانایی های عاطفی، روانی و اجتماعی با آسیب پذیر کردن بیماران در رویارویی با مسائل و مشکلات، آن ها را در معرض خطر اختلال های روانی، اجتماعی و رفتاری قرار می دهد، که پایداری در برابر آنها نیازمند توانمندی ها و مهارت های مقابله ای شناختی، اجتماعی و رفتاری است. هدف اصلی آموزش این مهارت ها، پیشگیری از شکل گیری رفتارهای آسیب رسان به بهداشت روان و ارتقاء سلامت روانی افراد است، چرا که بهداشت روانی، که یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف است، نقش مهمی در تضمین کاهش فشار ناشی از درد دارد. امروزه به مقوله سلامتی به عنوان یک حق اساسی برای یکایک افراد جامعه که دولت ها موظف به تأمین و ارتقای آن هستند نگریسته می شود (پیمان و همکاران، ۲۰۱۶).

سلامت به مفهوم توانایی ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی و وضع بهداشت به معنی میزان سلامت درک شده یا کیفیت سلامتی شخص در رابطه با کارکرد جسمی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳).

سلامت به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی، بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و از دیدگاه همه ملت ها و نزد همه مکاتب، یکی از مهمترین و ابتدایی ترین حقوق و نیازهای بشر تلقی شده است. دست یافتن به بالاترین سطح آن از اهداف اجتماعی و ملی تمامی دولت ها به حساب می آید. هر کشوری جهت دستیابی به اهداف بهداشتی مورد انتظار خود اقداماتی در پیشبینی می کند و با ترسیم چشم اندازهای آینده، بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی خود، تعیین چالش های این حوزه، تدوین راهبردها و رویکردهای کلان و روشهای اجرایی به طراحی برنامه های عمل اقدام می کند (طاووسی، ۲۰۱۵).

درد یک پدیده مشترک بعد از تمام اعمال جراحی است و از دیدگاه بیماران، عمده ترین مسأله پس از عمل جراحی، درد محل آنسزیون آن ها است (خوشتراش و همکاران، ۲۰۱۱).

درد، تجربه جسمی و روحی ناخوشایندی است که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت مرتبط است. درد وسیعتر از حس واحدی است که توسط محرک خاصی ایجاد شود. همچنین مفهومی کاملاً ذهنی و فردی است. در واقع فردی که درد را گزارش می‌دهد، تنها منبع گزارش درد است (مریم معروفی و همکاران، ۲۰۱۵).

درد، به عنوان حس یا تجربه احساسی نامطلوب تعریف شده که با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی همراه است. حسی نامطلوب که تشریح آن برای شخص دردمند آسان نیست و به وسیله آن بیماری مطرح می‌شود (استارک و همکاران، ۲۰۱۷).

جمله متغیرهای مهمی که در بیماران روان تنی و به ویژه در بیماران مبتلا به درد مزمن، تعیین کننده است، نحوه ادراک درد (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) و همچنین ادراک آنها از میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده و محیط پیرامون می‌باشد. در حقیقت هر دوی این متغیرها در افزایش کیفیت زندگی، سلامت و بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن نقش به سزایی دارند. ادراک درد یک تجربه چند بعدی است که می‌توان این تجربه را در سه بعد حسی، عاطفی و ارزشیابی بررسی نمود. بعد حسی، نشان دهنده زمان، مکان، فشار و دیگر خصوصیات مربوط به کیفیت‌های حسی تجربه درد است. بعد عاطفی نشان دهنده تنیدگی، ترس و ویژگی‌های سیستم خودکار که جزیی از تجربه درد است، و بعد ارزشیابی، نشان دهنده شدت ذهنی تجربه کلی درد است (ملزاک و همکاران، ۲۰۱۵).

عمل جراحی، گذشته از نوع و وسعت آن، یک وضعیت استرس زای شدید برای هر بیمار است. قبل از عمل، بیمار با ترس‌ها و نگرانی‌های گوناگونی روبه رو می‌شود (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸).

از جمله تصور احساس درد پس از عمل، او را دچار ترس و اضطراب می‌کند. استرس از طریق تضعیف سیستم ایمنی و تولید ترس و عوامل شیمیایی مربوط به آن، روند بهبودی را دستخوش تغییر کرده و تأثیر معکوسی بر مراحل بیهوشی، جراحی و ریکاوری می‌گذارد (هگینس و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات نشان می‌دهد که افراد تحت استرس بیشتر دچار ترمیم طولانی مدت زخم می‌شوند. اضطراب و افسردگی قبل از عمل در آنها بیشتر، ریکاوری طولانی‌تر و عفونت‌های پس از عمل در آنها شایع‌تر می‌باشد. با افزایش اضطراب، احساس درد نیز تشدید می‌یابد. به طور کلی، بیماری که از جراحی را می‌پذیرد، خطر بیشتری را متحمل شده و به عوارض بیشتری پس از عمل دچار می‌شوند (سو و همکاران، ۲۰۲۱).

افرادی که از نظر روحی و جسمی آماده جراحی می‌شوند، معمولاً به علت آرامش بیشتر، عمل آسانتری را تجربه می‌نمایند، این آرامش عوارض کمتری مانند تحمل درد خفیف‌تر، کاهش نیاز به دارو و اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان را به دنبال دارد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸) همچنین، مطالعات نشان می‌دهند مداخلات روانشناختی در کاهش اضطراب، پریشانی هیجانی و افکار مزاحم (آنتونی و همکاران، ۲۰۱۶)، اضطراب و افسردگی (بلانچ، ۲۰۱۶)، افزایش سلامت روانشناختی بیشتر، سطوح اضطراب کمتر و تطابق فیزیولوژیک (سطوح کورتیزول پایین‌تر، میزان سیتوکین $th1$ بالاتر (آنتونی و همکاران، ۲۰۱۹)، همچنین بهبود وضعیت اضطراب (گریو و همکاران، ۲۰۲۰)، افزایش کیفیت زندگی (گریو و همکاران، ۲۰۲۰)، هوپکو و کولمان، ۲۰۲۰)، بهبود امیدواری (رستون و همکاران، ۲۰۲۰) و افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی (هوپکو و کولمان، ۲۰۲۰) مؤثر است.

از جمله این درمان‌های روانشناختی، درمانی شناختی - رفتاری مدیریت استرس است. این درمانیک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل: افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی و مراقبه، آموزش خودزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می‌باشد (بکریس و همکاران، ۲۰۲۰).

مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چهار نوع مزیت دارد؛ اولین مزیت این نوع درمان در این است که بیمار، با نگرشی تازه به زندگی مواجه می‌شود که شامل توانایی بیشتر برای سازگاری با وقایعی است که فرد نمی‌تواند آنها را تغییر دهد. دومین مزیت آن ایجاد تغییر مثبت در خود پنداره است؛ به گونه‌ای که فرد بیشتر خودش را قادر به مدیریت استرس می‌بیند (اسکوتر و همکاران، ۲۰۱۸).

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

سومین مزیت این درمان تغییر در روابط بین فردی است؛ از این جهت که تقویت مهارت ارتباط با دوستان، اعضای خانواده و همدلی بیشتر با سایر افراد را شامل می شود. مزیت چهارم آن، احساس رضایت از داشتن هدف در زندگی و تمرکز بیشتر روی اهداف و اولویت های مهم می باشد (لوتزک و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به موارد فوق، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و کاهش فاجعه سازی درد بیماران پیش از عمل جراحی است. از این رو، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که: آیا آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر مولفه های شدت درد ادراک شده در بیماران پیش از عمل جراحی تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر، بصورت نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه و نمونه آماری جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد درحال انجام جراحی عمومی شهر اصفهان (بیمارستان غرضی، شریعتی، الزهرا) می باشند. نمونه پژوهش حاضر را ۴۰ زن و مرد مبتلا به بیماری و نیاز به عمل جراحی تشکیل می دهند که به صورت هدفمند از میان کلیه زنان و مردان مراجعه کننده به بیمارستان جراحی در اصفهان انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره (گروه گواه ۲۰ نفر و گروه آزمایش ۲۰ نفر) گمارده شدند. ملاک های ورود به پژوهش، بیمار در شرف عمل جراحی باشد، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش، سن بالای ۲۵ سال (بین ۲۵ تا ۵۵ سال)، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و تکمیل پرسشنامه ها انجام می گیرد. معیارهای خروج از پژوهش؛ عدم همکاری برای شرکت در جلسات درمانی، حداقل به مدت دو هفته پی در پی در طول مطالعه، استفاده از درمان روان شناختی دیگر در طول مطالعه و عدم تکمیل پرسشنامه ها می باشد. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) و تک متغیری (آنکووا) انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS26 انجام شد.

ابزار جمع آوری داده ها

پرسشنامه درد ادراک شده مگ گیل

پرسشنامه درد مک گیل در سال ۱۹۹۷ توسط ملزاک ساخته شد و دارای بیست مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد مک گیل از برجسته ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می بردند مورد استفاده قرار گرفت. نسخه اصلاح شده پرسشنامه درد مک گیل (SF-MPQ) نیز توسط ملزاک و همکاران برای یک اقدام کوتاه، اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به کار گرفته شده است. در پژوهش دورکین (۲۰۱۴) روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد. تحقیقاتی که بر اساس این پرسش نامه انجام شده نشان گر آن است که بعد ادراک حسی مناسبت تر از سایر ابعاد دیگر این پرسش نامه می باشد (هولرود و همکاران، ۱۹۹۲؛ لوییز، ۱۹۹۳). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه درد ادراک شده با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ محاسبه شد.

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری

آموزش ارائه شده شامل ۱۲ جلسه که هفته ای یک بار براساس پروتکل گروه درمانی مدیریت درد و فاجعه آمیز درد در جدول ۱ ارائه شد:

۱. جدول مراحل آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

جلسه	عناوین	تکنیک‌های آموزشی
۱	معارفه، پیش آزمون و مقررات	معارفه، اجرای پیش آزمون، معرفی شیوه کار، معرفی اعضا و آموزش مقررات
۲	آشنایی با استرس زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی	ایجاد فهرستی از استرس زها و تأثیرات جسمی استرس و پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
۳	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی	آموزش آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای، تکمیل چک لیست نشانه‌های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس
۴	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات	معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، تمرین تصویر سازی و آرمیدگی، مرور نشانه‌ها و تأثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر
۵	تنفس همراه با تصویر سازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی	ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویر سازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (به این معنی که هیچ ماهیچه‌ای را منقبض نمی‌کنند) همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی
۶	آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما، جاگزینی افکار منطقی	معرفی آموزش خود زاد و ارائه دستورالعمل‌های آن، اجرای آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خود گویی منطقی و غیر منطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی
۷	آموزش خودزاد، مقابله کارآمد	آمورش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد و بحث درباره راهبردهای مقابله‌ای
۸	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خود القایی، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی مثبت و اجرای مراقبه نور خورشید، معرفی گام‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین مقابله کارآمد و معرفی و تمرین تکنیک کاهش دادن برای استرس‌زاهای طاقت فرسا

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

۹	مراقبه مانترا، مدیریت خشم	معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم مراقبه، بحث در مورد مفهوم خشم، خود-ارزیابی بیماران از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم
۱۰	مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری	اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها بحث درباره موانع رفتار ابراز گرانه، مؤلفه های ارتباط ابراز گرانه و استفاده از حل مسئله برای تعارض ها
۱۱	تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی	تمرین آرمیدگی و تصویرسازی بصری، مراقبه شمارش تنفس بحث درباره فواید حمایت اجتماعی و آموزش تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی
۱۲	جمع بندی، مرور مطالب و اجرای پس آزمون	ارائه مختصری از مطالب آموزش داده شده جلسه های قبل، پاسخ به سوال های اجتماعی آزمودنی ها، اجرای پس آزمون و تشکر از شرکت در جلسه های آموزشی

یافته ها

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس سطح جنسیت

جنسیت	گروه آزمایش		گروه گواه	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۲	۶۰	۱۰	۵۰
زن	۸	۴۰	۱۰	۵۰
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می شود، فراوانی مربوط به جنسیت در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً یکسان می باشد. در جدول ۳، فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس گروه های سنی آمده است.

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس گروه های سنی

سن	گروه آزمایش		گروه گواه	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی

زیر ۳۰ سال	۴	۲۰	۴	۲۰
۳۱ تا ۳۵ سال	۳	۱۵	۳	۱۵
۳۶ تا ۴۰ سال	۴	۲۰	۳	۱۵
۴۱ تا ۴۵ سال	۳	۱۵	۳	۱۵
۴۶ تا ۵۰ سال	۲	۱۰	۳	۱۵
۵۱ تا ۵۵ سال	۴	۲۰	۴	۲۰
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، فراوانی مربوط به گروه‌های سنی در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً یکسان می‌باشد. در جدول ۴، فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس سطح تحصیلات آمده است.

جدول ۴. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس سطح تحصیلات

مقطع	گروه آزمایش		گروه گواه	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
کارشناسی ارشد	۱۱	۵۵	۹	۴۵
کارشناسی	۳	۱۵	۵	۲۵
کاردانی	۴	۲۰	۱	۵
دیپلم	۲	۱۰	۵	۲۵
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، فراوانی مربوط به سطح تحصیلات در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً یکسان می‌باشد.

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در آزمودنی‌ها می‌باشد که در جداول زیر ارائه می‌گردد. جدول ۵ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی شدت درد ادراک شده را در گروه‌های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نشان می‌دهد.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار شدت درد ادراک شده در گروه‌های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت درد ادراک شده	پیش‌آزمون	۵۳/۱۵	۶/۶۵	۵۴/۴	۷/۱۱
	پس‌آزمون	۳۴/۲۵	۶/۳۶	۵۲/۷	۷/۲

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره ی شدت درد ادراک شده برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۵۳/۱۵ (۶/۶۵) و ۵۴/۴ (۷/۱۱) و در پس آزمون به ترتیب ۳۴/۲۵ (۶/۳۶) و ۵۲/۷ (۷/۲) می باشد.

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار نمره ی مؤلفه های درد ادراک شده را در گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های درد ادراک شده در گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مؤلفه ی ادراک حسی درد (درد ادراک شده)	پیش آزمون	۲۷/۶	۶/۴۴	۲۸	۵/۸۴
	پس آزمون	۲۰/۱۵	۴/۷۸	۲۷/۱۵	۵/۷۴
مؤلفه ی ادراک عاطفی درد (درد ادراک شده)	پیش آزمون	۱۰/۱	۱/۷۱	۱۰/۵	۱/۶۷
	پس آزمون	۵/۳۵	۱/۵۹	۱۰/۲۵	۱/۶۵
مؤلفه ی ادراک ارزیابی درد (درد ادراک شده)	پیش آزمون	۳/۴	۰/۸۸	۳/۴	۰/۹۹
	پس آزمون	۱/۳	۰/۸۶	۳/۱۵	۰/۹۳
مؤلفه ی دردهای متنوع و گوناگون (درد ادراک شده)	پیش آزمون	۱۲/۰۵	۲/۵	۱۲/۵	۲/۱۳
	پس آزمون	۷/۴۵	۲/۸۱	۱۲/۱۵	۱/۸۷

همان طور که در جدول ۴-۲ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره ی مؤلفه ی ادراک حسی درد (درد ادراک شده) برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۷/۶ (۶/۴۴) و ۲۸/۰ (۵/۸۴) و در پس آزمون به ترتیب ۲۰/۱۵ (۴/۷۸) و ۲۷/۱۵ (۵/۷۴) می باشد. همچنین، میانگین (انحراف معیار) نمره ی مؤلفه ی ادراک عاطفی درد (درد ادراک شده) برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۰/۱ (۱/۷۱) و ۱۰/۵ (۱/۶۷) و در پس آزمون به ترتیب ۵/۳۵ (۱/۵۹) و ۱۰/۲۵ (۱/۶۵) می باشد. همچنین، میانگین (انحراف معیار) نمره ی مؤلفه ی ادراک ارزیابی درد (درد ادراک شده) برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۳/۴ (۰/۸۸) و ۳/۴ (۰/۹۹) و در پس آزمون به ترتیب ۱/۳ (۰/۸۶) و ۳/۱۵ (۰/۹۳) می باشد. همچنین، میانگین (انحراف معیار) نمره ی مؤلفه ی دردهای متنوع و گوناگون (درد ادراک شده) برای گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۲/۰۵ (۲/۵) و ۱۲/۵ (۲/۱۳) و در پس آزمون به ترتیب ۷/۴۵ (۲/۸۱) و ۱۲/۱۵ (۱/۸۷) می باشد.

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون مؤلفه های شدت درد ادراک

شده گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
ادراک حسی درد	۴۱۶/۵۵	۱	۴۱۶/۵۵	۸۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰

۱/۰۰	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۲۵۷/۶۳	۲۰۵/۹۲	۱	۲۰۵/۹۲	ادراک عاطفی درد
۱/۰۰	۰/۷۵	۰/۰۰۱	۱۰۵/۳۴	۳۱/۳۶	۱	۳۱/۳۶	ادراک ارزیابی درد
۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۰۰۱	۹۱/۴۷	۱۸۰/۷۱	۱	۱۸۰/۷۱	دردهای متنوع و گوناگون

با توجه به مندرجات جدول ۴-۱۰، مقدار F برای مؤلفه‌ی ادراک حسی درد، $۸۴/۷۳$ به دست آمد که در سطح $P=۰/۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌ی ادراک حسی درد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار F برای مؤلفه‌ی ادراک عاطفی درد، $۲۵۷/۶۳$ به دست آمد که در سطح $P=۰/۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌ی ادراک عاطفی درد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار F برای مؤلفه‌ی ادراک ارزیابی درد، $۱۰۵/۳۴$ به دست آمد که در سطح $P=۰/۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌ی ادراک ارزیابی درد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار F برای مؤلفه‌ی دردهای متنوع و گوناگون، $۹۱/۴۷$ به دست آمد که در سطح $P=۰/۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌ی دردهای متنوع و گوناگون در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) در بیماران پیش از عمل جراحی اثربخش است. بنابراین این فرضیه‌ها تایید شدند. این یافته با پژوهش‌های حق دوست و همکاران (۱۴۰۰)، مسچی و همکاران (۱۳۹۹)، نقیبی و همکاران (۱۳۹۹)، گلی و همکاران (۱۳۹۸)، درتاج و همکاران (۱۳۹۸)، شفيعی و امینی فسخودی (۱۳۹۶)، تورین و همکاران (۲۰۲۲)، آگنلی (۲۰۱۹)، تاب و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

نتایج این پژوهش‌ها نیز حاکی از اثربخش بودن که آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد. جمله متغیرهای مهمی که در بیماران روان تنی و به ویژه در بیماران مبتلا به درد مزمن، تعیین کننده است، نحوه ادراک درد (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد.

ادراک درد یک تجربه چند بعدی است که می‌توان این تجربه را در سه بعد حسی، عاطفی و ارزشیابی بررسی نمود. بعد حسی، نشان دهنده زمان، مکان، فشار و دیگر خصوصیات مربوط به کیفیت‌های حسی تجربه درد است. بعد عاطفی نشان دهنده تیدگی، ترس و ویژگی‌های سیستم خودکار که جزیی از تجربه درد است، و بعد ارزشیابی، نشان دهنده شدت ذهنی تجربه کلی درد است (ملزاک و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به تایید رابطه معنادار بین ادراک درد و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری باعث بهبود شدت درد ادراک شده و همچنین بهبود مولفه‌های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اصلاح افکار و تفسیرها، باعث ایجاد آرامش می‌شوند و از سوی دیگر، تمرین آرام‌سازی

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

عضلانی باعث می شود که از تنش و فعالیت سیستم سمپاتیک یا پاسخ اضطرابی در برابر استرس کاسته شود؛ در نتیجه علائم جسمانی مرتبط با سیستم سمپاتیک تخفیف می یابد و درد کمتری نیز گزارش می شود. همچنین از طریق تکنیک شناختی رفتاری به این بیماران آموزش داده شد که از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علائم مربوط به اضطراب را نیز کنترل کنند؛ بنابراین با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه ها و حملات، شدت درد ادراک شده آنها نیز بهبود پیدا کرد.

آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری شامل بازسازی شناختی، راهبردهای مقابله ای و ایجاد شبکه اجتماعی مستحکم است که تا پایان برنامه، شرکت کنندگان به تکنیک های متنوع و یکپارچه ای مجهز شدند که به آنها کمک کرد تا به منظور کاهش شدت درد از آن استفاده کنند. مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چهار نوع مزیت دارد؛ اولین مزیت این نوع درمان در این است که بیمار، با نگرشی تازه به زندگی مواجه می شود که شامل توانایی بیشتر برای سازگاری با وقایعی است که فرد نمی تواند آنها را تغییر دهد. دومین مزیت آن ایجاد تغییر مثبت در خود پنداره است؛ به گونه ای که فرد بیشتر خودش را قادر به مدیریت استرس می بیند (اسکوتر و همکاران، ۲۰۱۸).

سومین مزیت این درمان تغییر در روابط بین فردی است؛ از این جهت که تقویت مهارت ارتباط با دوستان، اعضای خانواده و همدلی بیشتر با سایر افراد را شامل می شود. مزیت چهارم آن، احساس رضایت از داشتن هدف در زندگی و تمرکز بیشتر روی اهداف و اولویت های مهم می باشد (لوتزک و همکاران، ۲۰۱۹).

بنابراین این تکنیک ها به بیماران کمک می کند تا با دستیابی به مفهوم تازه از درد خود و ناتوانیشان برای درد دست یابند و از آنجا که در این درمان از تکنیک های شناسایی خطاهای شناختی و بازسازی شناختی به فرد بیمار آموزش داده می شود تا هیجانات ناکارآمد منفی درباره درد را شناسایی نماید، آنها را به چالش کشیده و با هیجانات مثبت جایگزین کند. مثلاً هنگامی که از جا بلند می شود به جای این خطای شناختی که چه درد بدی دارم و هیچکاری را نمی توانم انجام دهم این فکر مثبت که قبلاً هم با این درد مواجه شده و می توانم آن را کنترل و کارهایم را انجام دهم جایگزین کند که این خود به مرور موجب بهبود حالت روانی و ترویج علاقه به فعالیت های فردی و اجتماعی و بهبود تبعیت از درمان بیماران می شود و از دیگر سو در این شیوه به بیماران آموزش داده می شود که فعالیت های لذت بخش را دوباره از سر گیرند و در برنامه های روزانه خود این فعالیت ها را بگنجانند، بنابراین این تکنیک ها موجب بهبود ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون می شود.

درد ادراک شده پیش از عمل نه تنها یک معیار مستقل است، بلکه یک شاخص کلیدی برای اضطراب پیش از جراحی محسوب می شود. اضطراب شدید پیش از عمل، آستانه تحمل درد بیمار را پایین می آورد و ادراک مؤلفه های عاطفی و ارزیابی درد را تشدید می کند. مطالعات نشان داده اند که اضطراب و ترس بالای پیش از عمل، قوی ترین پیش بینی کننده ی درد شدیدتر پس از عمل، مصرف بیشتر مسکن ها، ریکاوری طولانی تر و اقامت طولانی تر در بیمارستان است. بنابراین، کاهش درد ادراک شده پیش از عمل به معنای بهبود آمادگی روانی - جسمی بیمار است. هدف نهایی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، صرفاً کاهش درد لحظه ای نیست، بلکه آموزش راهبردهای مقابله ای شناختی و رفتاری است. بیمار در این جلسات، مهارتهایی مانند بازسازی شناختی برای کنترل فاجعه سازی درد و آرام سازی عضلانی و تنفس دیافراگمی را می آموزد. این مهارت ها به بیمار کمک می کند تا پاسخ فیزیولوژیک اضطراب (فعالیت سیستم سمپاتیک) را کنترل کند. این حس کنترل، مستقیماً به تحمل درد بهتر در دوره پس از عمل و نیاز کمتر به مسکن ها منجر می شود، زیرا بیمار ابزارهای فعال برای مدیریت تجربه ی درد پس از جراحی را در اختیار دارد.

نهایی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری یک بسته درمانی یکپارچه است مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری یک مداخله ی تک بعدی نیست، بلکه یک بسته راهبردی جامع است که از ترکیب هدفمند تکنیک های مختلف برای ایجاد یک تأثیر هم افزا استفاده می کند. تکنیک های جزء نگر این بسته شامل آرام سازی عضلانی، آموزش تنفس، تصویرسازی

ذهنی، بازسازی شناختی، مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی است. پرسش‌نامه درد مک‌گیل نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر هر چهار مؤلفه‌ی درد ادراک شده (حسی، عاطفی، ارزیابی، و دردهای متنوع و گوناگون) تأثیر معناداری داشته است. مداخلات ساده مانند تنفس یا آرام‌سازی صرفاً بر مؤلفه‌ی حسی و عاطفی (تنش و ترس) درد تأثیر می‌گذارند. در مقابل، است مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری از طریق بازسازی شناختی و جایگزینی افکار منطقی مستقیماً مؤلفه‌ی ارزیابی درد (ارزیابی ذهنی شدت کلی درد) و فاجعه‌سازی درد را هدف قرار می‌دهد. این تغییر در ارزیابی، بیمار را قادر می‌سازد تا تفکراتی مانند "درد بدی دارم و هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم" را با "قبلاً هم مواجه شده‌ام و می‌توانم آن را کنترل کنم" جایگزین کند.

افزایش خودکارآمدی در مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری فراتر از حمایت ساده است و با ارائه مهارت‌های فعال و عملی، باعث ایجاد تغییر مثبت در خودپنداره بیمار می‌شود. بیمار احساس می‌کند قادر به مدیریت فعال استرس و درد است. این روش به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های استرس‌زا را شناسایی و ارزیابی‌های منفی خود را اصلاح کنند و راهبردهای مقابله‌ای فعال برای مواجهه با آن‌ها بیاموزند. این یک ابزار دائمی برای مدیریت چالش‌های سلامتی، فراتر از یک حمایت موقت است. ترکیب این مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و مقابله‌ای در مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، یک چارچوب جامع به بیماران ارائه می‌دهد که برای مدیریت موفقیت‌آمیز تجربه چند بُعدی درد، در مقایسه با مداخلات ساده و تک‌بعدی، اثربخشی بیشتری دارد.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری به بیماران پیش از عمل جراحی، کمک کرد تا موقعیت‌های ایجاد کننده استرس را شناسایی و وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند و راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را یاد بگیرد. بنابراین بیماران با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس کنترل را ایجاد کردند؛ این حس، افراد را متقاعد کرد تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند. بنابراین، اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های استرس‌آور در زندگی آزمودنی‌ها توانست به بهبود شدت درد ادراک شده و مولفه‌های آن منجر می‌شود.

یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر، عدم جمع‌آوری داده‌های مربوط به پیامدهای کلیدی پس از عمل نظیر شدت درد پس از عمل، میزان مصرف داروهای مسکن (آنالژژیک) و مدت زمان اقامت در بیمارستان بود. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی، با بسط زمان پیگیری، اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را بر این متغیرهای بالینی حیاتی نیز ارزیابی کنند.

پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیرات مثبت این روش درمانی کارگاه‌هایی جهت آشنایی مشاوران و دانشجویان مشاوره و روان‌شناسی با آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری برگزار شود. با توجه به نتایج بدست آمده و تأثیر آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در آزمودنی‌ها، پیشنهاد می‌شود گروه‌های روانشناسی و مشاوره در بیمارستان‌ها مستقر شود تا افراد پیش از انجام عمل جراحی با استفاده از این رویکرد در راستای بهبود شدت درد ادراک شده بهره ببرند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته اند اعلام می‌دارد.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده‌است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

اداوی احمد، فتحی مرغملکی رضا، مدملی یعقوب. (۱۳۹۶) تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به پرفشاری خون. *آموزش پرستاری*. ۶ (۱): ۵۶-۶۲

اصیلی فرد، نفیسه، (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی و باورهای فراشناختی و شدت درد بیماران مبتلا به میگرن، دومین کنگره سراسری موج سوم درمان های رفتاری، کاشان،

امامی، مریم؛ عسکری زاده، قاسم و فضیلت پور، مسعود. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*.

ایران دوست فروزان، نشاط دوست حمید طاهر، نادى محمد علی، صفری سهیلا. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد مزمن و فاجعه آفرینی درد در زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *عنوان نشریه*. ۸ (۳): ۳۱-۴۰

ایمانخواه رضا، کهرازائی فرهاد، ثناگو محرر غلامرضا. (۱۳۹۸). اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و فاجعه سازی درد بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه پرستاری دیابت*. ۸ (۱): ۱۰۲۰-۱۰۳۱

آبیار، ذوالفقار، مکوندی، بهنام، بختیارپور، سعید، نادری، فرح، و حافظی، فریبا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، و ترکیبی (ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش) بر افسردگی. *سلامت روان کودک (روان کودک)*،

جهانگیری، محمدمهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی)*، ۸ (۲)، ۱۱۶-۱۲۷.

حاجی لو، مریم؛ احدی، حسن؛ صیرفی، محمدرضا؛ شاه بیگی، سعید؛ رفیعی پور، امین (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس، *مجله علوم روانشناختی*، (۵۲) ۱۷، ۸۹۷-۸۹۳.

حسینی، ماریه، احدی، حسن، جمهری، فرهاد، کراسکیان موحمباری، آدیس، و احدی، مروارید. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر میزان درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *روشها و مدل های روان شناختی*، ۱۰ (۳۵)، ۱۱۹-۱۳۵.

حق دوست، محمدرضا؛ سراج خرمی، ناصر و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۰). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، (۶) ۲۹.

حیدری، عباس؛ منطری، زهرا سادات و عباسپور، هادی. (۲۰۱۹). تأثیر آموزش های قبل از عمل بر درد بعد از عمل های جراحی انتخابی: یک مرور سیستماتیک. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. دوره ۲۵، شماره ۳، ۲۳۶-۲۲۰.

خوشنود، قاسمعلی، شیرکوند، ناصر، عاشوری، جمال، و عرب سالاری، زهرا. (۱۳۹۴). تاثیر طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *پرستاری دیابت*، ۳ (۱)، ۸-۱۸.

دانشمندی، سعیده، ایزدخواه، زهرا، کاظمی، حمید، و مهرابی، حسینعلی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر طرحواره های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، (۵) ۲۲، ۱۴۹۴-۱۴۸۱.

درتاج، افسانه، علی اکبری دهکردی، مهناز، ناصر مقدسی، عبدالرضا، علیپور، احمد. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: پیگیری ۲ ماهه. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی* 191-212, (56) 14, .
 رحمتی نرجس، اصغری مقدم محمد علی، شعیری محمدرضا، پاکنژاد محسن، رحمتی زهرا، قسامی مریم، و همکاران. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس فاجعه آمیزی درد در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن. *عنوان نشریه*. ۷۹-۶۳: (۱) ۲۵.

رحیم آقایی، فلورا، حاتمی پور، خدیجه، و عاشوری، جمال. (۱۳۹۶). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. *آموزش پرستاری*، ۶ (۳ (پیاپی ۲۳))، ۱۷-۲۳.
 رضایی، علی محمد، شریفی، طیب، غضنفری، احمد، افلاکی، الهام، و بهره دار، محمدجعفر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس. *روانشناسی سلامت*، ۹ (۱ (پیاپی ۳۳))، ۱۲۷-۱۴۴.

رضایی، مهدی، غضنفری، فیروزه، و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴ (۱)، ۴۱-۵۶.
 رهنما، مارال، و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران کرونر قلبی. *کنگره انجمن روانشناسی ایران*.

سنگانی، علیرضا، و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه. *دست آوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روان شناسی)*، ۲۵ (۲ (پیاپی ۲۰))، ۲۰۱-۲۱۶.
 سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). رواندرمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی. *مطالعات روان شناسی بالینی* 1-14, (18) 5, .

عزت پناه، فلورا، و لطیفی، زهره. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت*، ۸ (۴ (پیاپی ۳۲))، ۱۲۷-
 عزیزی، سمیه، رسول زاده طباطبایی، کاظم، جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها؛

Ambrosio, L. , Navarta-Sánchez, M. V. , Carvajal, A. , & Garcia-Vivar, C. (2021) . Living with chronic illness from the family perspective: an integrative review, *Clinical Nursing Research*, 30 (5) , 579-590.

Amsberg S, Wijk I, Livheim F, Toft E, Johansson UB, Anderbro T. Acceptance and commitment therapy (ACT) for adult type 1 diabetes management: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018 Nov 28;8 (11) :e022234. doi: 10. 1136/bmjopen-2018-022234. PMID: 30498037; PMCID: PMC6278833.

Anagnostouli, M. , Babili, I. , Chrousos, G. , Artemiadis, A. , & Darviri, C. (2019) . A novel cognitive-behavioral stress management method for multiple sclerosis. A brief report of an observational study. *Neurological research*, 41 (3) , 223-226.

بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شدت درد ادراک شده و ابعاد آن در بیماران پیش از عمل جراحی در شهر اصفهان
Studying the effectiveness of training stress management techniques using cognitive behavioral therapy on perceived pain intensity and its dimensions in patients before surgery in Isfahan.

Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. (2006) . How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*; 74 (6) :1143–1152.

Arout CA, Sofuoglu M, Bastian LA, Rosenheck RA. Gender Differences in the Prevalence of Fibromyalgia and in Concomitant Medical and Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. *J Womens Health (Larchmt)* . 2018 Aug;27 (8) :1035-1044. doi: 10. 1089/jwh. 2017. 6622. Epub 2018 Apr 2. PMID: 29608126; PMCID: PMC6425926.

Bekeris, J. , Wilson, L. A. , Fiasconaro, M. , Poeran, J. , Liu, J. , Girardi, F. , & Memtsoudis, S. G. (2020) . New onset depression and anxiety after spinal fusion surgery: incidence and risk factors. *Spine*, 45 (16) , 1161-1169.

Bjørklund G, Dadar M, Chirumbolo S, Aaseth J. Fibromyalgia and nutrition: Therapeutic possibilities? *Biomed Pharmacother*. 2018 Jul;103:531-538. doi: 10. 1016/j. biopha. 2018. 04. 056. Epub 2018 Apr 24. PMID: 29677539.

Borg C, Padovan C, Thomas-Antérion C, Chaniel C, Sanchez A, Godot M, Peyron R, De Parisot O, Laurent B. Pain-related mood influences pain perception differently in fibromyalgia and multiple sclerosis. *J Pain Res*. 2014 Jan 22;7:81-7. doi: 10. 2147/JPR. S49236. PMID: 24489475; PMCID: PMC3904836.

Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)* . 2017 Nov 22;149 (10) :441-448. English, Spanish. doi: 10. 1016/j. medcli. 2017. 06. 008. Epub 2017 Jul 19. PMID: 28734619. \

Connelly M, Weiss JE; for the CARRA Registry Investigators. Pain, functional disability, and their Association in Juvenile Fibromyalgia Compared to other pediatric rheumatic diseases. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2019 Nov 6;17 (1) :72. doi: 10. 1186/s12969-019-0375-9. *Erratum in: Pediatr Rheumatol Online J*. 2020 Feb 12;18 (1) :16. PMID: 31694655; PMCID: PMC6836648.

Conversano C, Carmassi C, Bertelloni CA, Marchi L, Micheloni T, Carbone MG, Pagni G, Tagliarini C, Massimetti G, Bazzichi LM, Dell'Osso L. Potentially traumatic events, post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress spectrum in patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Jan-Feb;37 Suppl 116 (1) :39-43. Epub 2018 Apr 24. PMID: 29745889.

Correa-Rodríguez M, Mansouri-Yachou JE, Casas-Barragán A, Molina F, Rueda-Medina B, Aguilar-Ferrandiz ME. The Association of Body Mass Index and Body Composition with Pain, Disease Activity, Fatigue, Sleep and Anxiety in Women with Fibromyalgia. *Nutrients*. 2019 May 27;11 (5) :1193. doi: 10. 3390/nu11051193. PMID: 31137906; PMCID: PMC6566359.

Davis, J. P. , Berry, D. , Dumas, T. M. , Ritter, E. , Smith, D. C. , Menard, C. , & Roberts, B. W. (2018) . Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial.

Dong HJ, Gerdle B, Bernfort L, Levin LÅ, Dragioti E. (2020) . Pain catastrophizing in older adults with chronic pain: the mediator effect of mood using a path analysis approach. *Journal of clinical medicine*, 9 (7) , 2073.

Ellingson LD, Stegner AJ, Schwabacher IJ, Lindheimer JB, Cook DB. Catastrophizing Interferes with Cognitive Modulation of Pain in Women with Fibromyalgia. *Pain Med*. 2018 Dec 1;19 (12) :2408-2422. doi: 10. 1093/pm/pny008. PMID: 29474665; PMCID: PMC6659027.

Ellis SD, Kelly ST, Shurlock JH, Hepburn ALN. The role of vitamin D testing and replacement in fibromyalgia: a systematic literature review. *BMC Rheumatol*. 2018 Oct 5;2:28. doi: 10. 1186/s41927-018-0035-6. PMID: 30886978; PMCID: PMC6390590.

Flesia, L. , Monaro, M. , Mazza, C. , Fietta, V. , Colicino, E. , Segatto, B. , & Roma, P. (2020) . Predicting perceived stress related to the Covid-19 outbreak through stable psychological traits and machine learning models. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (10) , 3350.

Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 Feb 13;12:117-127. doi: 10. 2147/PRBM. S178240. PMID: 30858740; PMCID: PMC6386210.

Galvez-Sánchez CM, Reyes Del Paso GA. Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *J Clin Med*. 2020 Apr 23;9 (4) :1219. doi: 10. 3390/jcm9041219. PMID: 32340369; PMCID: PMC7230253.

Gelonch O, Garolera M, Valls J, Castellà G, Varela O, Rosselló L, Pifarre J. The effect of depressive symptoms on cognition in patients with fibromyalgia. *PLoS One*. 2018 Jul 5;13 (7) :e0200057. doi: 10. 1371/journal. pone. 0200057. PMID: 29975749; PMCID: PMC6033429.

Georgiou N, Delfabbro P, Balzan R. (2020) . COVID-19-related conspiracy beliefs and their relationship with perceived stress and pre-existing conspiracy beliefs. *Personality and individual differences*. 16 (6) : 110-125.

Hegarty RSM, Fletcher BD, Conner TS, Stebbings S, Treharne GJ. Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Musculoskeletal Care*. 2020 Sep;18 (3) :330-341. doi: 10. 1002/msc. 1464. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32293092.

Jones-Bitton, A. , Best, C. , MacTavish, J. , Fleming, S. , & Hoy, S. (2020) . Stress, anxiety, depression, and resilience in Canadian farmers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 229-236.

Lange, J. K. , Lee, Y. Y. , Spiro, S. K. , & Haas, S. B. (2018) . Satisfaction rates and quality of life changes following total knee arthroplasty in age-differentiated cohorts. *The Journal of Arthroplasty*, 33 (5) , 1373-1378.

Lotzke, H. , Brisby, H. , Gutke, A. , Hägg, O. , Jakobsson, M. , Smeets, R. , & Lundberg, M. (2019) . A person-centered prehabilitation program based on cognitive-behavioral physical therapy for patients scheduled for lumbar fusion surgery: a randomized controlled trial. *Physical therapy*, 99 (8) , 1069-1088.